|  |
| --- |
| **北京大学肿瘤医院《住院/专科医师规范化培训计划》登记表** |
| 基本情况 | 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 所在科室 |  |
| 最高学历 |   | 获得时间 |   |
| 最高学位（需填写类型） | (专业型/科研型/临博8年) | 获得时间 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 导师姓名 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 是否通过执业医师考核 |  | 执业医师证书号 |  |
| 是否参加过住院医师规范化培训 |  | 有无住培证 |  |
| （拟）住培考试时间 |  | （拟）专培考试时间 |  |
| 已轮转科室 | 现培训阶段已轮转内容 |
| 轮转科室 | (月) | 轮转科室 | (月) | 轮转科室 | (月) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 计划轮转科室 | 轮转科室 | 应轮转时间（月） | 计划轮转时间 |
| （月） | 从何年月至何年月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **\***备注：（其他所需说明的事项） |
|  本人承诺以上信息真实可靠。  填写人： 日期： |
| 导师审核意见（**\***仅研究生填写）： 导师签字： 日期： |
| 科室意见（**\***仅住院医填写）：   科室主任签字： 日期： |
| 教研室审核意见：  教研室主任签字： 日期： |

**备注：**

**1、除“\*”标准的栏目可根据情况不一定填写外，其余栏目不可为空。**

**2、《住院/专科医师规范化培训计划》登记表一旦完成，应严格按照此计划进行，若自行变更导致培训不能按期完成者，后果自负。**

**3、请A4纸正反两面打印。**